



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55
COMUNE DI ALCAMO – CALATAFIMI SEGESTA – CASTELLAMMARE DEL GOLFO
ASP N. 9 DISTRETTO SANITARIO 55

AL COMUNE DI _____

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: PAC ANZIANI 1° RIPARTO - Richiesta per l'accesso al servizio ADI Assistenza Domiciliare Integrata per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti da erogare a mezzo voucher (prestazioni sociali).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, in qualità di:

beneficiario/a del servizio, residente in _____ via/piazza _____ n. _____, tel. fisso _____ cellulare _____;

familiare (specificare grado di parentela) _____ del Sig./Sig.ra _____ beneficiario del servizio, nato a _____ il _____ residente in _____ via/piazza _____ n. _____ tel. fisso _____ cellulare _____;

altro (specificare) _____ del Sig./Sig.ra _____ beneficiario del servizio, nato a _____ il _____ residente in _____

via/piazza _____ n. _____ tel. fisso _____
cellulare _____;

CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti da erogare a mezzo voucher.

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità, se in possesso;
- istanza/attestazione per l'attivazione delle cure domiciliari PAC anziani (Allegato 3/4) compilata dal medico curante o dalle altre figure mediche preposte;
- scheda SVAMA compilata dal medico curante;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____

Firma
